

問 診 票

令和 年 月 日 ()

本日受診される方のお名前	ふりがな -----	男・女
未成年の方は保護者のお名前		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳
住 所	〒	
お電話番号	【連絡してほしい方に○をつけてください】	
	<input type="checkbox"/> 自宅	— —
	<input type="checkbox"/> 携帯	— —
【ご記入いただいた携帯の番号はご本人のものですか？】 はい・いいえ ()の電話番号		

- 診療科に○をご記入下さい : 1. 精神科外来 2. 心理士カウンセリング
- 保険証の種類 : 1. 社会保険 2. 国民健康保険
3. 生活保護 (区・担当ケースワーカー名)

※上記以外に公費医療証をお持ちの方は受付に提出してください。

【本日はどのような症状で来院されましたか？】

【自立支援医療証受給者証はお持ちですか？】 はい・いいえ

【本日、紹介状（診療情報提供書）はお持ちですか？】 はい・いいえ

【現在、他の医療機関で通院されていますか？】 はい・いいえ

(はい)の方 ⇒ に通院

【お薬をのんでいますか？】 はい・いいえ

薬の名前 どのような薬

【薬のアレルギーはありますか？】 はい・いいえ

薬の名前 症状

【今までにかかれた病気】

ご不明な点などございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。この内容は診療以外の目的には使用いたしません。

さくメンタルクリニック